

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

206

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice BOUREL

Né le 3 Juillet 1910, à SAINT-BRIEUC (Côtes-du-Nord)

LES RÉSULTATS
DE LA NÉPHRECTOMIE
DANS LE
CANCER DU REIN
CHEZ L'ADULTE

Président : M. MARION, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice BOUREL

Né le 3 Juillet 1910, à SAINT-BRIEUC (Côtes-du-Nord)

LES RÉSULTATS DE LA NÉPHRECTOMIE DANS LE CANCER DU REIN CHEZ L'ADULTE

Président : M. MARION, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	LÉON BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMATRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BENARD Henri.	Pathologie médicale.	Pathologie chirurgicale
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	Physiologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	Histologie.
BULLIARD	Histologie.	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	Oto-rhino-laryngologie.
COSTE	Pathologie médicale.	Pharmacologie.
FEY	Pathologie médicale.	Anatomie pathologique
DOGNON	Physique.	Hygiène.
FUNCK	Urologie.	Obstétrique.
BRENTANO		Obstétrique.
GASTINEL	Pathologie chirurgicale.	Pathologie médicale.
GAILLARD	Parasitologie.	Pathologie médicale.
CHEVALIER .	Bactériologie.	

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
MÜLLER	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.)	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
GLAVE	Pathologie chirurgicale.
USQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie.
PH LIBERT	Bactériologie.
VAUDESCAL	

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
LAJOUANINE	} Clinique médicale
LIBERTIN	
RULE	
HARROL	
ONZELOT	
OUVOIR	
IAN	
ASTEUR	
ALLERY- RADOT	
EZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEIZ-BOYER	
MOURE	
QUENU	} Clinique obstétricale
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
LE LORIER	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

In Memoriam

A MA MERE

A MON ONCLE CHARLES BERHENS

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MA FEMME CHERIE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A MON MAITRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de toute notre reconnais-
sance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Stage :

M. LE PROFESSEUR SERGENT	1929
M. LE PROFESSEUR LEJARS	1930

In Memoriam

Externat :

M. LE DOCTEUR TOUPET	1931
M. LE PROFESSEUR BAUDOUIN	1932
M. LE DOCTEUR RICHET	1933
M. LE PROFESSEUR LÉON BERNARD	1934

In Memoriam

M. LE DOCTEUR WEISMANN NETTER	1935
M. LE DOCTEUR METZGER	1935
M. LE DOCTEUR GOUVERNEUR	1936

LES RÉSULTATS DE LA NEPHRECTOMIE DANS LE CANCER DU REIN CHEZ L'ADULTE

INTRODUCTION

Nous avons tenté dans ce travail une mise au point des résultats de la néphrectomie dans le cancer du rein de l'adulte, d'après les dernières statistiques publiées sur cette question. L'impression que nous avons retirée de la lecture des nombreux travaux publiés sur cette question tant en France qu'à l'étranger, est avant tout une impression d'incertitude : des statistiques qu'on pourrait qualifier de bonnes, voisinent en effet avec d'autres qui sont au contraire fort pessimistes. Ici, comme ailleurs, la vérité se trouve probablement dans une moyenne entre ces deux extrêmes. Nous avons donc réuni un certain nombre de statistiques parmi les plus intéressantes et nous nous sommes efforcé d'en retirer une impression d'ensemble sur le pronostic opératoire immédiat et éloigné du cancer du rein.

Nous publions également dix-huit observations de cancers du rein opérés qui nous ont été communiquées par M. le Docteur Gouverneur et M. le Docteur Tissot, que nous tenons à remercier ici de l'accueil bienveillant qu'ils nous ont réservé.

Notre thèse, en conséquence, comportera les divisions suivantes :

Chapitre I. — Statistiques.

Chapitre II. — Observations.

Chapitre III. — Résultats immédiats. Mortalité opératoire.

Chapitre IV. — Résultats éloignés.

Chapitre V. — Les récidives.

Chapitre VI. — De quelques facteurs influant sur le pronostic du cancer du rein.

Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

STATISTIQUES

Nous publions ici, sèchement et sans aucun commentaire, les diverses statistiques que nous avons réunies et qui servent de base à notre travail. Nous avons délibérément laissé de côté un certain nombre de statistiques antérieures à 1920 qui, à notre avis, ne traduisent plus très exactement les possibilités de guérison qu'on est en droit de considérer à l'heure actuelle comme normales; pour celles que nous avons conservées, nous les publions surtout à titre de comparaison avec les résultats actuels et pour qu'on puisse se rendre compte du chemin parcouru depuis les débuts du traitement chirurgical du cancer du rein.

STATISTIQUES CLASSEES

PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE

1895. TRENDELENBOURG :

12 cas avec 3 morts opératoires.

6 récidives.

1 survie de plus de 4 ans.

1 récidive au bout de 5 ans.

1 mort d'affection intercurrente.

1901. ISRAEL :

43 cas avec 9 morts opératoires.

18 récidives.

7 survies de plus de 4 ans..

4 survies de moins de 4 ans.

1 mort d'affection intercurrente.

4 résultats incertains.

1903. ALBARRAN et IMBERT :

324 cas avec 71 morts opératoires.

85 récidives dans un délai variant de quelques mois à 4 ans. Une cinquantaine de survies supérieures à 4 ans, calculées d'ailleurs en raisonnant en grande partie sur les probabilités.

1904. KRONLEIN :

10 cas avec 1 mort opératoire.

7 récidives.

1 survie de 16 ans.

1 survie de 2 ans 1/2.

1904. LECÈNE :

11 cas avec 2 morts opératoires.

7 récidives.

2 guérisons trop récentes.

Aucune survie de longue durée.

1909. HARTMANN :

13 cas.

Aucune survie de longue durée.

1909. ISRAEL :

76 cas.

19 survies supérieures à 4 ans.

1911. RAFIN :

20 cas avec 7 morts opératoires.

5 récidives rapides.

6 survies de plus de 4 ans.

2 guérisons trop récentes.

1913. BRAASCH

61 cas avec 11 morts opératoires.

10 survies de moins d'un an.

7 survies de plus d'un an.

12 survies de plus de 2 ans.

4 survies de plus de 5 ans.

1 survie de plus de 8 ans.

1920. PECHILLIOT, dans sa thèse, réunit 43 cas publiés
par divers chirurgiens avec :

7 morts opératoires.

21 survies de moins d'un an.

7 survies de 1 à 4 ans.

8 survies de plus de 4 ans.

1921. THIERRY :

19 cas avec 2 morts opératoires.

9 morts par métastases osseuses ou viscérales

8 survies dont 3 trop récentes.

4 sans récidives au bout de 4 ans.

1 récidive locale dans la 6^e année.

1925. SMITH et SHÆMAKER :

26 cas avec 4 morts opératoires.

6 cas non suivis.

8 morts dans la 1^{re} année.

1 survie de 2 ans.

1 survie de 3 ans.

1 survie de 4 ans.

1 survie de 5 ans.

1 survie de 7 ans.

2 survies de 8 ans.

1 survie de 10 ans.

1927. SCHMITT :

88 cas.

19 survies de 4 ans et plus.

1927. ROTH et SCHWÆRER :

14 cas avec 2 morts opératoires.

2 cas non suivis.

2 cas trop récents.

3 décès dans les 2 premières années.

3 survies depuis 2 ans.

2 survies depuis 3 ans.

1927. WODSACK :

40 cas avec 8 morts opératoires.

11 cas non suivis.

8 morts par récidives ou métastases dans les trois
premières années.

8 survies de plus de 3 ans.

1929. HUNT et HAGET :

177 cas.

62 survies après 3 ans.

37 survies après 5 ans.

3 survies après 10 ans.

1929. JUDD et HAUD :

312 cas avec 30 morts opératoires.

29 cas non suivis.

106 survies de 3 ans et plus.

74 survies de 5 ans et plus.

26 survies de 10 ans et plus.

1930. LJUNGGREN :

58 cas avec 6 morts opératoires.

25 morts de récidives ou métastases, dont 19 avant
5 ans et 6 de 5 à 11 ans.

21 survies dont 7 inférieures à 5 ans..

14 entre 6 et 10 ans.

2 survies de 2 et 4 ans mais avec récidives.

4 morts d'affections intercurrentes..

1931. CLAR :

42 cas avec 8 morts opératoires..

20 morts par récidives ou métastases dans les cinq
premières années.

2 morts d'affection intercurrente..

3 survies, mais avec métastases.

9 survies de plus de 4 ans sans récidives ni mé-
tastases.

1932. HAND et BRODERS :

193 cas avec 23 morts opératoires.

126 morts dont : 13 dans des délais inconnus

97 avant la 5^e année.

16 entre 5 et 7 ans.

44 survies variant de 5 à 22 ans.

1933. LAZARUS :

19 cas avec 3 morts opératoires.

11 sont morts dans les 18 mois qui ont suivi l'intervention.

5 ont survécu 2 ans et plus.

1933. FISHER :

35 néphrectomies avec 6 morts opératoires.

16 morts par récurrences ou métastases dont 1 au bout de 10 ans.

2 survies de moins de 4 ans.

5 survies de 4 à 12 ans.

1934. KOLHMAYER :

89 cas.

40 morts par récurrences ou métastases.

36 survies après 3 ans.

9 survies après 10 ans.

1935. WALTERS et BRAASCH :

256 cas.

110 survies de plus de 4 ans.

68 survies de 5 à 10 ans.

22 survies de plus de 10 ans.

15 survies de 15 à 20 ans.

5 survies de plus de 20 ans.

1935. BULL :

- 26 néphrectomies avec 2 morts opératoires
- 11 survies de plus de 3 ans.
- 6 survies de 4 à 13 ans.

1936. BERGENDAL :

- 79 cas avec 7 morts opératoires.
- 39 survies après 3 ans.
- 32 survies après 5 ans.
- 24 survies après 10 ans.

1936. DROSCHI :

- 41 néphrectomies.
- 11 morts opératoires.
- 12 morts dans la 1^{re} année.
- 5 morts entre 1 et 3 ans.
- 4 morts entre 3 et 5 ans.
- 2 morts après 5 ans.
- 7 survies sans récidives ni métastases dont :
 - 2 survies de 1 an.
 - 3 survies de 2 ans.
 - 1 survie de 4 ans.
 - 1 survie de 9 ans.

1936. MACQUET :

- 8 néphrectomies.
- 1 mort opératoire.
- 2 morts rapides par métastases.
- 5 survies dont 3 de moins de 3 ans et 2 de 5 ans et 8 ans.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous publions dans ce chapitre les dix-huit observations de cancer du rein que nous avons pu réunir. Elles nous ont été communiquées par M. Gouverneur pour les observations I à XIV et par M. Tissot pour les observations XV à XVIII. Si nous avons peu insisté sur les symptômes présentés par les malades, nous avons au contraire rapporté très complètement le protocole opératoire et les lésions rencontrées à l'intervention, ce qui nous intéressait plus particulièrement.

OBSERVATION I. — Am... Jules, 60 ans.

Cancer du rein droit.

Hématuries depuis deux ans.

Azotémie : 0 gr. 23 ‰.

Opéré le 22 avril 1932.

Incision transversale de la peau partant du bord externe de la masse sacro-lombaire et s'arrêtant transversale à trois travers de doigts de l'ombilic. On arrive sur la face postérieure de la capsule rénale. On dé-

colle les plans postérieurs. Le pôle inférieur est rapidement libéré, l'uretère sectionné; il est augmenté de volume, mais non envahi. Le pôle supérieur est volumineux, très mou, presque fluctuant, s'étendant sous le diaphragme. Libération. Adhérences au péritoire sous hépatique qui est ouvert. La tumeur s'étend vers le pédicule, mais on isole ce dernier et on enlève en bloc le rein, la capsule surrénale et toute la graisse péri-rénale avec sa capsule.

Examen histologique : Epithélioma végétant à cellules basophiles, avec dégénérescence graisseuse des axes conjonctifs.

Décédé le 29 avril (signes d'urémie et d'infection).

A l'autopsie : infection aiguë du rein gauche caractérisée par de multiples abcès microscopiques répartis uniformément dans toute la zone corticale.

OBSERVATION II. — Le P... Henriette, 50 ans.

Cancer du rein droit.

Hématuries.

Opérée le 8 juillet 1932.

Incision lombaire. Paroi épaisse et grasse, saignant abondamment. On découvre un rein de forme anormale, abaissé et situé dans la partie haute de la fosse iliaque. Il est étranglé à la partie inférieure par une sorte de sillon. Le pôle inférieur est plus petit que normalement mais le pôle supérieur est du volume du poing et la capsule semble refoulée par de gros bourgeons jaunâtres. Ligature du pédicule qui aborde le

rein tout en haut du pôle supérieur. Ligature d'un autre vaisseau au pôle inférieur.

Section de l'uretère.

A l'ouverture du rein: cancer du pôle supérieur ayant refoulé le parenchyme rénal, encore limité à l'organe, ne s'étant pas encore extériorisé, limité par une sorte de capsule.

Bassinets anormaux congénitalement avec disposition des calices en dents de peigne. Bourgeon supérieur qui refoule et déforme le calice supérieur. Teinte jaune ocreuse qui rappelle la couleur classique des hypernéphromes.

Suites opératoires normales.

Revue le 25 novembre 1937.

Excellent état de santé. Travaille et mène une vie normale.

Cicatrice souple et indolore.

Azotémie : 0,51 ‰.

OBSERVATION III. — Va... Mathieu, 59 ans.

Cancer du rein droit.

Hématuries depuis mai 1933.

Azotémie : 0,32 ‰.

Opéré le 13 octobre 1933.

Incision lombaire avec résection de la 12^e côte. On tombe sur une énorme masse rénale dont la capsule est parcourue par de grosses veines, de volume dépassant les deux poings. Décollement de la capsule de la paroi lombaire en arrière, du péritoine et du duodé-

num en avant. Section de l'uretère qui est sain. On isole le pôle supérieur du rein jusqu'au contact du diaphragme et de la plèvre. Ligature du pédicule et des vaisseaux qui vont à la surrénale. Cette dernière est enlevée avec le rein et la capsule adipeuse.

Suites opératoires normales.

Décédé le 13 septembre 1935 (métastases multiples, osseuses et pulmonaires.)

OBSERVATION IV. — M... René.

Cancer du rein droit.

Cliniquement : Tumeur du flanc droit.

Azotémie : 0,23 ‰.

Opéré le 29 janvier 1935.

Incision lombaire élargie. Extirpation en bloc de la masse rénale avec toute la capsule adipeuse. Uretère petit. Pédicule ne paraissant pas épaissi.

A la coupe du rein : présence d'une énorme tumeur du volume des deux poings, ayant en partie détruit le parenchyme rénal, mais ayant respecté certaines zones. Par places, le cancer arrive au niveau de la capsule qui ne paraît pas effondrée. Le bassinnet est normal. La tumeur a une teinte rouge marron, parcourue par de grosses veines.

Examen histologique : Epithélioma végétant à cellules éosinophiles et claires. Assez nombreuses hémorragies interstitielles. Mitoses peu nombreuses.

OBSERVATION V. — P... Caroline, 66 ans.

Cancer du rein droit.

Cliniquement: Tumeur du flanc droit.

Azotémie : 0,28 ‰.

Opérée le 8 octobre 1935.

Incision lombaire longue avec résection de la 12^e côte. Enorme tumeur du volume d'une tête d'adulte. On la libère rapidement avec la capsule fibro-adipeuse. Section de l'uretère. Veine rénale du volume du poignet, complètement bourrée de tissu néoplasique. On le refoule en dehors, à travers une boutonnière veineuse. Ligature de la veine en trois paquets. Ablation du rein. Malade très shockée, bien que l'hémorragie ait été minime.

Examen histologique : Epithélioma végétant disposé en lobules plus ou moins fournis, en végétations serrées ou non. Cellules néoplasiques, tantôt foncées, cubiques ou cylindriques, parfois stratifiées, tantôt claires.

Décédée le même jour. Shock opératoire.

OBSERVATION VI. — L... Eugène, 56 ans.

Cancer du rein gauche.

Hématuries.

Urée : 0 gr 23 ‰.

Opéré le 21 février 1936.

Incision lombaire élargie avec résection de la 12^e côte. Incision du feuillet rétro-rénal. On décolle fa-

cilement la masse rénale entourée de sa graisse, parcourue de grosses veines, des muscles postérieurs, puis du péritoine pré-rénal. Libération du pôle inférieur et ligature de l'uretère qui est normal. Libération du pédicule en un paquet peu volumineux.

Suites opératoires normales.

Revu le 28 novembre 1937. A engraisé de 10 kilogrammes depuis l'intervention. Très bon état général.

Azotémie : 0,42 ‰.

OBSERVATION VII — Al... Auguste, 61.

Cancer du rein droit.

Hématuries.

Azotémie : 0,42 ‰.

Opéré le 10 avril 1936.

Lombotomie droite avec résection de la 12^e côte. Après essai d'ablation du rein et de la graisse péri-rénale, en bloc — ablation impossible par suite des adhérences antérieures — on décide une néphrectomie classique. La ligature du pédicule est difficile, on complète autant que possible l'ablation de la graisse péri-rénale.

Tumeur très grosse, de la taille d'une tête d'enfant, présentant des bosselures multiples.

A la coupe : aspect typique de tumeur maligne (hypernéphrome)

Décédé le 15 avril. Hyperthermie à 40°.

OBSERVATION VIII — Sz... Razzla.

Cancer du rein gauche.

Tumeur du flanc gauche.

Opérée le 4 septembre 1936.

Très grosse tumeur, de la taille d'une tête d'adulte, avec grosses veines péri-rénales.

Examen histologique : Epithélioma rénal à cellules claires du type hypernéphrome avec de nombreux nodules d'essaimage périphérique. La portion du rein non envahie montre des images de néphrite chronique avec prédominance de lésions interstitielles et glomérulaires.

Décédée le 6 septembre. Hyperthermie à 39°.

OBSERVATION IX. — Co... André, 58 ans.

Cancer du rein gauche.

Hématuries. Azotémie 0 gr 37 ‰.

Opéré le 2 juin 1937:

Enorme néoplasme du rein gauche. Lombotomie. Résection de la 12^e côte. Dégagement du rein entouré de sa gangue adipeuse et section de l'uretère.

Suites opératoires normales.

La veine rénale est envahie par un gros bourgeon dont on ne peut atteindre l'extrémité en dedans. Clamps et ligature au milieu du bourgeon.

Revu le 6 novembre 1937. Très bon état général. Reprise de poids de 8 kilogrammes. Mais œdème hypogastrique après station debout.

OBSERVATION X. — Pr... Pierre, 59 ans.

Cancer du rein gauche.

Hématuries.

Opéré le 5 octobre 1937.

Incision lombaire avec résection de la 12^e côte. La loge rénale est ouverte. On laisse sur le rein toute la capsule adipeuse parcourue par de grosses veines.

Néphrectomie en liant successivement l'uretère, le pédicule vasculaire et des vaisseaux au pôle supérieur. La région est parfaitement exposée et la loge vidée entièrement avec la capsule surrénale.

A la coupe : les 2/3 supérieurs du rein sont entièrement occupés par une grosse masse du volume de 2 poings, masse hémorragique bleue-noire avec certaines zones ocreuses. Il existe encore du parenchyme rénal aux deux pôles et sur la partie basse des deux faces antérieure et postérieure.

Examen histologique : épithélioma lobulé à cellules éosinophiles et claires. Architecture papillaire. Hémorragies interstitielles multiples.

Suites opératoires normales.

Revu le 3 janvier 1938 : excellent état général.

OBSERVATION XI. — C... Joseph, 66 ans.

Cancer du rein droit.

Cliniquement : volumineuse tumeur abdominale.

Azotémie : 0 gr. 51 ‰.

Opéré le 12 novembre 1937.

Incision dans le flanc droit avec section obligatoire de la totalité du grand droit. L'incision remonte jusqu'au rebord costal. Elle ouvre largement l'abdomen ; on extériorise une volumineuse tumeur de la taille d'une tête d'adulte dont la surface est parcourue par de grosses veines. Le côlon ascendant se trouve reporté en bas et en dedans, déplié sur la tumeur. Elle est libre dans l'abdomen, reliée à la paroi postérieure par un pédicule de la taille du poignet qui s'implante sous le foie au niveau de la région rénale.

Incision du feuillet péritonéal sur la tumeur. On le clive, on l'isole complètement. Ligature en 2 paquets du pédicule qui est infiltré. Fermeture du péritoine postérieur. Hémostase.

Examen de la pièce : énorme poche blanchâtre, ressemblant à la poche d'un kyste de l'ovaire ; sur cette poche le rein est accolé, un de ses côtés est libre ; le bord postérieur du rein au contraire et la face antérieure, se continuent insensiblement avec la poche.

Examen histologique : épithélioma à cellules éosinophiles et claires, remaniées par nécrose et hémorragies. Le parenchyme rénal restant est le siège d'une infiltration abondante à polynucléaires et présente des altérations chroniques importantes des glomérules et du tissu interstitiel.

Suites opératoires normales.

Sorti le 2 décembre 1937, en bon état général.

OBSERVATION XII. — M. B..., 51 ans.

Vu le 14 novembre 1935. Brusquement, sans signe prémonitoire, sans douleur, apparition d'hématuries. A noter l'apparition d'un varicocèle gauche quelques jours auparavant.

Examen: grosse hématurie. Urine noire. Urètre libre. Prostate normale. Rein droit non perceptible. A gauche, volumineuse tumeur qui ballotte et donne le contact lombaire.

16 novembre : lavage de vessie. Nombreux caillots. on fait passer 10 litres de liquide pour retirer les caillots. Cystoscopie impossible. Sonde à demeure.

17 novembre : cystoscopie difficile. Orifice gauche normal. Sonde à 20 cm. Orifice droit non visible à cause d'un gros caillot implanté sur la vessie, adhérent.

Azotémie : 0 gr. 61 ‰.

Urographie intraveineuse. Rein droit : filtration normale, aspect et tonalité normale.

Rein gauche : aucune imprégnation au premier cliché ; imprégnation isolée du calice supérieur au deuxième.

Opéré le 26 novembre 1935.

Incision lombaire élargie. Résection de la deuxième côte. On incise le fascia rétro-rénal et on enlève en un seul bloc, sans voir le rein, une énorme tumeur de la taille d'une tête d'adulte. Ligature de l'uretère qui est sain et du pédicule rénal.

La pièce comprend le rein avec toute la graisse

périrénale. Il existe une tumeur du pôle inférieur, du volume d'une orange. Les 2/3 supérieurs du rein sont sains. Du côté du hile il existe encore du tissu rénal normal, mais en bas début d'effondrement de la capsule du rein.

Examen histologique : épithélioma rénal à cellules claires. Suites opératoires compliquées par une crise d'aérogastrie et d'aérocolie.

Revu le 15 février 1938 en très bon état.

OBSERVATION XIII. — M. C..., 58 ans.

Vu le 17 novembre 1934. Depuis avril 1934, douleurs lombo-rénales gauches irradiant vers le bas. On pose le diagnostic de coliques néphrétiques.

En septembre, urine du sang et des caillots.

Actuellement pollakiurie légère.

Rein droit non perceptible.

Rein gauche gros, nettement perceptible, mobile.

Cystoscopie : vessie rouge, congestionnée. Orifice gauche béant. Sonde jusqu'en haut. Orifice droit normal, la sonde bute et ne peut entrer.

Opéré le 29 novembre 1934.

Incision lombaire et résection de la douzième côte.

Rein énorme, bosselé; entouré d'une capsule adipeuse qui commence à être épaissie et présente un aspect œdémateux. Néphrectomie enlevant toute la capsule fibreuse et adipeuse. En un point, adhérence au péritoine. En haut et à gauche on aperçoit la rate.

Fermeture du péritoine ; gros bourgeons uretéraux pas de bourgeon veineux.

Suites opératoires normales.

Pièce : rein énorme transformé en un bloc de tissu néoplasique gris jaunâtre, mou, friable, bourgeonnant dans le bassin, sans ganglions apparents.

Quitte la clinique le 13 décembre en bon état. Reprise des forces et de l'état général.

Décès le 23 juin 1935 (signes de métastases et de compressions au niveau du membre inférieur).

OBSERVATION XIV. — M. L..., 57 ans.

Vu le 22 octobre 1937 pour douleurs lombo-rénales très vives datant de trois mois. Il y a vingt jours, hématurie spontanée.

A l'examen : malade un peu amaigri. Urine claire. pas de pollakiurie ; petit varicocèle gauche.

Rein droit non perceptible.

A gauche un peu de contracture mais le rein n'est pas nettement senti. Fosses iliaques souples.

Urographie veineuse : le rein droit est normal ; le bassin s'injecte bien. Le rein gauche n'est pas visible.

Opéré le 29 octobre 1937.

Incision lombaire et résection de la douzième côte

Enorme masse dure, blanche, œdémateuse, occupant toute la fosse lombaire, et qu'on libère peu à peu. Adhérences en haut, au diaphragme, qu'on arrive à

décoller. En avant, la tumeur tient au péritoine, qui est ouvert et suturé.

Au cours de la néphrectomie le pédicule se rompt ; il est repris rapidement et le malade n'a, pour ainsi dire, pas saigné. Il existe en avant de la colonne vertébrale et se prolongeant à gauche une masse ganglionnaire de la grosseur d'une mandarine. Ablation de cette masse qui adhère à la rate qu'on voit. Fermeture de la loge splénique. Il persiste, en outre, une coulée se portant vers le pédicule splénique qui adhère intimement à la queue du pancréas. On sectionne la queue du pancréas et on suture le tissu pancréatique.

Suites opératoires : après deux à trois jours pendant lesquels le malade est fatigué les phénomènes de shock disparaissent et le malade se remonte.

Examen histologique : épithélioma à cellules claires sans réaction tissulaire notable. Mitoses rares, certains des fragments joints sont du pancréas présentant par places une réaction inflammatoire, en d'autres points normaux.

15 novembre : écoulement d'un liquide clair, très caustique, qui fait souffrir et digère la peau. Un prélèvement de ce liquide montre qu'il s'agit de sécrétion pancréatique.

Il s'élimine un gros paquet de tissu sphacelé qui semble être un fragment de tissu pancréatique. On assiste à la sécrétion d'un liquide clair qui digère la paroi. Le malade s'affaiblit, la plaie saigne.

Décès le 17 décembre 1937.

OBSERVATION XV. — S... Pierre, 76 ans.

Cancer du rein gauche.

Hématuries.

Opéré le 24 février 1933.

Néphrectomie gauche pour très gros néoplasme du rein ayant débuté au pôle inférieur et ayant envahi les 2/3 du rein.

Résection de la douzième côte (technique Heitz-Boyer).

Atmosphère périrénale un peu dense, infiltrée.

Pas de ganglions perceptibles.

Examen histologique : épithélioma à cellules claires se compliquant d'hémorragies accusées.

Suites opératoires normales.

Revu au mois de novembre 1937 : santé parfaite.

OBSERVATION XVI. — L.. Jean, 71 ans.

Cancer du rein droit. Tumeur du flanc droit.

Opéré le 9 avril 1936.

Néphrectomie droite pour énorme cancer du rein
Résection primitive de la douzième côte. Clivage laborieux. Petit pédicule. Bonne hémostase mais petite hémorragie le long de la veine cave. On laisse deux pinces à demeure.

Suites opératoires normales.

Décédé en juin 1937 (métastases pulmonaires).

OBSERVATION XVII. — Mme C... Simone, 55 ans.

Cancer du rein gauche.

Hématuries.

Opérée le 28 novembre 1936.

Néphrectomie gauche pour énorme cancer du rein.
Résection de la onzième côte, la douzième étant
inexistante. Ouverture de la plèvre qui est suturée.
Gros uretère. Gros pédicule.

Phlébite droite au sixième jour. Bonne guérison en
un mois.

Sortie le 26 décembre en très bon état.

Revue au mois de novembre 1937 : en bonne santé.

OBSERVATION XVIII. — Mme M... Jeanne, 57 ans.

Cancer du rein droit.

Hématuries.

Opérée le 5 janvier 1937.

Résection d'un bloc de la douzième côte. Clivage
facile d'une énorme masse néoplasique développée au
niveau du pôle supérieur. Pédicule refoulé en bas.

Examen histologique : hypernéphrome typique.

Revue en novembre 1937 : en bonne santé.

En résumé, notre statistique peut s'établir ainsi :

Nombre de cas : 18.

Morts opératoires : 4 soit 22 %.

1 décès au bout de deux mois (fistule pancréatique).

3 décès par métastases (au bout de sept mois, quinze mois et deux ans).

9 malades encore en vie, dont :

3 opérés trop récemment,

2 depuis un an,

2 depuis deux ans,

1 depuis trois ans.

2 depuis cinq ans.

CHAPITRE III

RESULTATS IMMEDIATS MORTALITE OPERATOIRE

Il y a loin des 76 % de mort opératoire publiés par Brodeur en 1886 ou des 72 % de Guillet deux ans plus tard, aux chiffres obtenus actuellement. Voici d'ailleurs quelques chiffres :

1891 Chevallier	58 %
1895 Czerny	47 %
1901 Israël	22 %
1903 Albarran	22 %
1904 Lecène	20 %
1911 Rafin	35 %
1913 Braasch	18 %
1920 Pechilliot	17 %
1921 Marion	11 %
— Thierry	11 %
1925 Smith et Shoemaker	15 %
1929 Judd et Hand	9,61 %
1930 Ljunggren	10 %
1932 Hand et Brodeur	12 %
1933 Fisher	17 %
1935 Bull	8 %
1936 Bergendal	7 %
— Macquet	11 %

Cette liste montre clairement la courbe descendante de la mortalité opératoire depuis les premières statistiques. Les progrès sont rapides au début : de 58 % en 1891, la mortalité tombe aux environs de 25 % en 1910. Après 1920, la diminution est plus lente, mais tout de même appréciable, et dans les toutes dernières années, les statistiques ne sont pas rares où la mortalité tombe au-dessous de 10 %.

Il est évident que les chiffres plus ou moins favorables obtenus par divers chirurgiens, dépendent, non seulement de leur audace et de leur conception plus ou moins large des contre-indications opératoires, mais surtout de leur habileté, de leur technique et aussi *de leur spécialisation*.

La mortalité opératoire dépend en effet d'un grand nombre de facteurs :

— *L'état général du malade*, qui fournit les contre-indications d'ordre médical: cachexie, lésions cardiaques ou pulmonaires... faciles à déterminer.

— *L'état des lésions, le volume de la tumeur, ses propagations, ses adhérences* ; cet état des lésions est d'ailleurs très difficile à déterminer cliniquement avec quelque précision, en dehors des cas extrêmes, où la tumeur est manifestement énorme, fixée, où il existe des adénopathies palpables, ou une gêne de la circulation cave inférieure, des métastases multiples. Bien souvent l'inopérabilité ne peut être appréciée qu'au cours de l'opération. La lombotomie exploratrice est d'ailleurs une opération bénigne (0 à 1 % de mortalité) qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer dans

tous les cas douteux. La décision à prendre dans ces cas douteux dépendra le plus souvent de l'appréciation personnelle du chirurgien. Nous étudierons d'ailleurs avec plus de détails dans un autre chapitre l'influence de l'état anatomique des lésions sur la mortalité opératoire.

— *L'état du rein opposé*, que les progrès de la technique actuelle permettent d'apprécier avec une grande précision. Là résidait une cause très importante de mortalité lors des premières néphrectomies, et ce n'est que lorsqu'on s'est rendu compte de son importance que les chiffres de mortalité opératoire se sont mis à diminuer rapidement.

En résumé, les causes de la diminution de la mortalité opératoire doivent être recherchées :

— D'abord dans le perfectionnement des moyens d'explorations dont nous disposons actuellement : cystoscopie, cathétérisme urétéral et pyélographie, moyens d'explorations, qui nous permettent de poser un diagnostic plus précoce, de déterminer avec plus de précision les conditions anatomiques de la tumeur, ses rapports, son volume, et le fonctionnement du rein opposé.

— Ensuite dans la meilleure préparation des malades avant l'intervention et dans l'amélioration de la technique opératoire elle-même.

— *Les causes de mort immédiate après néphrectomie.*

Il semble, d'après l'étude des statistiques où les causes de mort opératoire étaient mentionnées, que les trois causes de morts les plus fréquentes après

l'opération, soient : le collapsus cardiaque, la pneumonie et l'urémie. Ensuite viennent moins fréquemment :

- l'embolie pulmonaire,
- les hémorragies,
- la blessure de la veine cave,
- l'infection,
- l'occlusion intestinale et le sphacèle secondaire du côlon.

Tels sont les résultats immédiats obtenus dans la néphrectomie pour cancer du rein ; sans doute ces résultats pourront-ils encore être améliorés ; trop de malades sont encore opérés à un stade tardif de leur cancer ; mais on ne peut nier que de gros progrès aient été faits et que la néphrectomie pour cancer du rein ne mérite plus la réputation d'extrême gravité qu'on lui faisait encore volontiers il y a quelques années.

CHAPITRE IV

LES RESULTATS ELOIGNES

Il en est des résultats éloignés comme des résultats immédiats. Les statistiques du début de ce siècle étaient franchement mauvaises et ont donné au cancer du rein une réputation d'extrême gravité qu'il garde encore à l'heure actuelle. Dans quelle mesure cette opinion est-elle exacte ? Nous allons nous efforcer de le déterminer.

Il est un fait certain, c'est que les statistiques se sont notablement améliorées depuis quelques années, si bien que les chiffres moyens de guérison relevés dans beaucoup de traités, même récents, doivent être considérés à l'heure actuelle, comme trop faibles. Nous allons reprendre nos statistiques une à une et nous mentionnerons dans deux colonnes, d'une part le nombre de cas opérés et complètement suivis, d'autre part le nombre de survies dépassant quatre ans. Nous obtiendrons ainsi le pourcentage moyen des survies de longue durée ; et pour montrer plus clairement la progression des résultats obtenus, nous diviserons nos statistiques en trois tableaux correspondant à trois périodes différentes (1895-1914) (1920-1930) (1930-1936).

— 1895-1914 —

Dates et auteurs	Survies de plus	
	Cas opérés de 4 ans	
1895 Trendelenburg.....	11	2
1901 Israël	38	7
1904 Kronlein.....	9	1
1904 Lecène.....	9	0
1909 Hartmann	13	0
1909 Israël	76	19
1911 Rafin	18	6
1913 Braash	61	5
Totaux	235	40

Pourcentage de survies au-dessus de 4 ans : 17 %

— 1920-1930 —

Dates et auteurs	Survies de plus	
	Cas opérés de 4 ans	
1920 Pechilliot	43	8
1921 Thierry.....	16	6
1925 Smith et Schoemaker..	18	6
1927 Schmitt	88	19
1927 Wodsack	29	8
1929 Hunt et Haget	177	50
1929 Judd et Hand.....	283	74
Totaux	654	171

Pourcentage de survies au-dessus de 4 ans : 26 %

— 1930-1936 —

Dates et auteurs	Cas opérés	Survies
		de plus de 4 ans
1930 Ljunggren.....	58	20
1931 Clar	40	12
1932 Haud et Broders	180	60
1933 Fisher	29	4
1934 Kolhmayer	89	30
1935 Walters et Braash	256	110
1935 Bull	26	6
1936 Bergendal	79	32
1936 Droschi	36	6
1936 Macquet	5	2
Totaux	798	282

Pourcentage des survies au-dessus de 4 ans : 36 %.

— *Le nombre moyen des survies dépassant 4 ans* est donc pour les statistiques publiées depuis 1930, de 36 % environ, c'est-à-dire plus du double de ce que l'on obtenait avant 1914. La progression est nette et se passe de tout commentaire. On est bien obligé d'admettre que l'effort qu'on a fait depuis quelques années pour le dépistage précoce du cancer a porté ses fruits ici comme ailleurs.

Si l'on compare ces chiffres à ceux obtenus dans le traitement des autres cancers viscéraux, on voit qu'en somme il n'y a guère que dans le cancer de l'utérus et du rectum que l'on obtienne des chiffres nettement supérieurs, et que d'autre part le cancer du

rein serait plutôt moins mauvais que le cancer de l'estomac et du côlon.

Quant à savoir dans quelles proportions ces résultats se maintiennent au delà de quatre ou cinq ans, il est assez difficile d'y répondre. Les malades en effet sont trop souvent perdus de vue après quelques années ; d'autre part, les statistiques publiées avec un recul suffisant sont assez rares. C'est pourquoi il est assez délicat de fixer un chiffre de survie après dix ans.

Cependant, il est hors de doute qu'un nombre assez grand de néphrectomies jouissent après leur opération d'une survie très longue, parfois considérable ; les cas de cet ordre ne sont pas rares et on peut en relever dans de nombreuses statistiques.

BULL, sur 26 cas, rapporte 2 survies de 8 ans et 2 de 10 ans.

COUSTOU, dans sa thèse, cite deux cas opérés par le Professeur Jeanbreau, encore en vie après 11 et 10 ans.

FISHER, sur les 7 survivants de sa statistique, en a un qui a été opéré depuis 12 ans.

GAUTHIER publie une survie de 10 ans.

HAND et BRODERS une de 22 ans.

LJUNGGREN, sur les 58 cas de sa statistique, a 5 survies de plus de 10 ans, soit 8,6 %.

BERGENDAL, sur 76 cas opérés, compte 23 survies après 10 ans, soit 30 %.

KOLHMAYER compte 10 % de survie après 10 ans.

Mais nous insisterons surtout sur deux statistiques américaines, que nous considérons comme très dé-

monstratives, à cause du nombre de malades opérés:

— la statistique de JUDD et HAND, publiée en 1929, porte sur 283 malades et donne un nombre de 26 survies au-dessus de 10 ans, soit 9 %.

— la statistique de WALTERS et BRAASCH, publiée en 1935, avec un recul de 8 ans, compte 256 malades et donne les chiffres de survie suivants:

68 survies de plus de 5 ans.

22 survies de plus de 10 ans.

15 survies de plus de 15 ans.

5 survies de plus de 20 ans.

soit un chiffre moyen de 9 % de survies dépassant 10 ans.

Ces diverses statistiques paraissent assez concordantes et un pourcentage de 8 à 10 % *de survies au-dessus de 10 ans* nous paraît assez exact. Si l'on tient compte du fait qu'il s'agit la plupart du temps de malades âgés qui n'ont plus qu'un seul rein et qui meurent souvent au bout de quelques années d'une affection autre que leur cancer, les chiffres ci-dessus nous apparaissent comme relativement satisfaisants. Il est à noter d'autre part qu'en basant les statistiques, non sur l'ensemble de tumeurs malignes du rein, mais sur les seuls hypernéphromes, les chiffres de survies éloignées seraient encore plus élevés; dans la statistique de Judd et Hand, par exemple, les survies de plus de 10 ans passeraient de 9 % à 12,6 %.

Probablement ces résultats iront-ils en s'améliorant; la radiothérapie profonde post-opératoire semble être employée de plus en plus, surtout à l'étran-

ger (Allemagne et Amérique). Elle semble n'être à l'heure actuelle qu'un facteur de traitement accessoire, et les statistiques d'ensemble manquent., mais elle a pu fournir cependant dans quelques cas des résultats intéressants et elle nous ouvrira peut-être dans quelques années des horizons nouveaux dans le traitement du cancer du rein.

CHAPITRE V

LES RECIDIVES

Nous étudierons dans ce chapitre les récides et métastases du cancer du rein et leur modalité d'apparition.

Localisations

Classiquement, les récides du cancer du rein surviendraient le plus souvent dans la cicatrice. En réalité, en étudiant de nombreuses statistiques, nous n'avons pas vu mentionné très souvent ce mode de récide. Voici, d'ailleurs très résumés, les principaux résultats obtenus par quelques auteurs dans des autopsies de sujets morts de récides :

DROSCHI, sur 20 autopsies, constate les localisations suivantes :

Poumons et plèvres	11
Os	8
Surrénales	4
Rein opposé	3
Lymphatiques	3
Récides locales	3

HAND et BRODERS : une quarantaine d'autopsies :

Poumons et plèvres	25
Lymphatiques	9
Os	8
Foie	6
Cerveau	5

JUDD et HAND, sur 44 cas, trouvent :

56 métastases viscérales :

Poumons et plèvres	3
Foie	13
Cerveau	5

11 métastases osseuses.

17 métastases lymphatiques.

LAZARUS donne 44 % de métastases pulmonaires et 20 % de métastases hépatiques.

LJUNGGREN trouve les chiffres suivants :

Poumons et plèvres	9
Récidives locales	7
Autre rein	5
Os	4

Nous n'avons dans ces statistiques mentionné que les principales métastases. Les plus fréquentes sont sans contestation *les métastases pleuro-pulmonaires*, qui semblent survenir dans une moyenne de 40 % des cas. Notons à ce propos qu'il est très difficile de déterminer avant l'opération par l'examen clinique et la radiographie, l'absence certaine de métastases pulmonaires et les auteurs américains insistent sur la

fréquence avec laquelle on découvre des métastases pulmonaires à l'autopsie de sujets morts quelques jours après la néphrectomie.

Après le poumon, le siège le plus fréquent des récidives semble être *les os* (15 %) et *les lymphatiques* (15 %). Ensuite viennent le foie (10 %), le cerveau, le rein opposé, les surrénales, le péritoine, la moëlle épinière, le cœur. Le mot de récidive locale est rarement prononcé, et encore moins celui de récidive dans la cicatrice.

Fréquence

La fréquence des récidives est très grande. DROSCH, dont la statistique toute récente est peut-être un peu pessimiste, affirme qu'à de rares exceptions près, tout malade atteint de tumeur hypernéphroïde meurt de cette tumeur.

Voici d'ailleurs les chiffres fournis par quelques statistiques récentes, classées par ordre chronologique et donnant la fréquence des récidives chez les malades survivant à l'opération :

SMITH et SHOEMAKER (1928), sur 15 cas: 9 récidives (60 %).

WODSACK (1927), sur 21 cas: 8 récidives (40 %).

LJUNGGREN (1930), sur 48 cas: 27 récidives (56 %).

CLAR (1931), sur 34 cas: 23 récidives (67 %).

HAND et BRODERS (1932), sur 170 cas: 126 récidives (74 %).

LAZARUS (1933), sur 19 cas: 57 % de récidives.

FISHER (1933), sur 24 cas: 17 récidives (70 %).

KOLHMAYER (1934), sur 89 cas: 45 % de récidives.

BULL (1935), sur 24 cas: 16 récidives (70 %).

Ainsi, la plupart des statistiques donnent un chiffre de récidives variant entre 50 et 70 %. Quelques-unes donnent des chiffres sensiblement plus bas, mais elles comportent pour la plupart, à côté de quelques cas anciens, de nombreux cas trop récents qui n'ont pas encore récidivé et qui améliorent considérablement les résultats.

Epoque d'apparition de la récidive

Classiquement, la majorité des récidives se ferait au cours de la première année. C'est l'opinion d'Albarran, qui, sur 85 cas de récidives, donne les chiffres suivants:

1^{re} année : 64 soit 75 %.

1 à 2 ans : 14 soit 16 %.

2 à 4 ans : 7 soit 9 %.

Se basant sur ces résultats, Albarran et presque tous les auteurs depuis cette époque, admettent que la récidive a peu de chances de se produire au delà de quatre ans, et considèrent comme guéris, les malades qui dépassent le cap de ces quatre années.

Cette opinion est-elle exacte et peut-on s'y rallier sans réserve ? C'est ce que nous allons nous efforcer de déterminer à la lumière de statistiques plus récentes :

CLAR, 20 récidives, dont :

- 8 la 1^{re} année, soit 40 %.
- 5 la 3^e année, soit 25 %.
- 3 la 3^e année, soit 15 %.
- 4 après 4 ans, soit 20 %.

DROSCHI, 23 récidives :

- 1^{re} année 12 soit 52 %
- 1 à 3 ans 5 soit 23 %
- 3 à 5 ans 4 soit 17 %
- Après 5 ans 2 soit 8 %

HAND et BRODERS, 113 récidives :

- Avant 5 ans: 97 soit 86 %.
- Après 5 ans : 16 soit 14 %.

LJUNGGREN, 27 récidives :

- 1^{re} année 4 soit 15 %
- 2^e année 11 soit 40 %
- 3^e et 4^e années.... 6 soit 22 %
- Après 4 ans 6 soit 22 %

SMITH et SHÆMAKER, 10 récidives:

- 1 à 4 ans 7 soit 70 %
- Après 4 ans 3 soit 30 %

En conséquence, il est exact que *la majorité des récidives survient dans les 3 ou 4 premières années*, avec prédominance dans la première année ; il est exact également que le nombre des récidives va en décroissant avec le temps, mais il semble non moins sûr qu'un nombre encore important se manifeste dans les années suivantes, 20 à 30 % d'après les quelques

auteurs que nous avons cités ; et il est encore probable qu'un nombre assez important de récidives tardives doivent passer inaperçues, le malade étant souvent perdu de vue après quelques années. Dans ces conditions, est-il vraiment possible de considérer un malade comme guéri parce qu'il est resté 4 ans sans récidives ? et il est à noter que parmi ces récidives survenant après la quatrième année, un certain nombre sont *extrêmement tardives*, 8 ans (Smith et Shœmaker), 11 ans (Ljunggren, Thierry), et jusqu'à 15 ans (Kolhmayer) après l'opération.

Devant ces faits, considérer un malade comme guéri — certains vont même jusqu'à parler de guérison définitive — parce qu'il a survécu 4 ou 5 ans à l'opération, est tout à fait artificiel ; en matière de cancer du rein, si la guérison existe, on ne peut pas l'affirmer et jamais un malade opéré de cancer du rein ne peut être considéré comme à l'abri d'une récidive. Plutôt que d'employer le mot de guérison dans ces conditions, nous estimons qu'il serait peut-être plus prudent de parler simplement de survie.

Cure de la récidive

L'apparition d'une récidive ne doit pas cependant, dans tous les cas, faire considérer comme inutile toute thérapeutique active ; il faut en tenter la cure, si la récidive est unique et facilement opérable ; on procurera parfois de cette façon une survie appréciable au

malade. A l'appui de cette opinion, nous rapporterons le cas de Trendelenburg (survie de 14 mois après extirpation d'une récidive locale), d'Israël (survie de 2 ans), de Gauthier (récidive cutanée, ablation de 3 noyaux situés dans la cicatrice, radiothérapie profonde, survie de 10 ans). Peut-être la radiothérapie, qui n'a pas jusqu'ici donné de résultats bien probants dans la cure du cancer lui-même, pourra-t-elle nous apporter de nouveaux espoirs dans ces cas en apparence désespérés.

CHAPITRE VI

DE QUELQUES FACTEURS INFLUANT SUR LE PRONOSTIC

Nous allons essayer de voir dans ce chapitre si sur l'examen clinique ou l'aspect des lésions découvertes à la néphrectomie, il est possible de baser un pronostic du cancer du rein.

Pronostic suivant les symptômes de début du cancer

Classiquement les deux grands symptômes qui amènent le malade à consulter sont *l'hématurie et la tumeur*. Dans la grande majorité des cas, en effet, ce sera un de ces symptômes qui inquiétera le malade et le mènera au chirurgien. Mais leur signification est très différente et l'espoir qu'on peut avoir dans l'efficacité de l'acte chirurgical n'est pas le même dans les deux cas.

L'HÉMATURIE est très souvent le premier symptôme du cancer du rein et fréquemment elle apparaît très tôt: Kretchmer rapporte son existence dans 74 % des

cas, Judd et Hand dans 70 %, Kolhmayer dans 62 %. Dans notre statistique, elle se rencontrait dans 66 % des cas ; *c'est donc un symptôme auquel on ne saurait attribuer trop de valeur* ; à elle seule elle permettra de faire un diagnostic, et si par malheur elle est tardive, elle laissera certains cancers arriver silencieusement au stade d'inopérabilité ; elle est malheureusement trop souvent considérée par le malade comme un symptôme transitoire et peu inquiétant ; de plus, bien des médecins ont trop tendance à faire devant une hématurie, dont il faut l'avouer, l'apparence de bénignité est trop souvent trompeuse, le diagnostic de néphrite hématurique ou d'hématurie essentielle ; *or ce ne sont là que des diagnostics d'élimination* qu'on n'a pas le droit de poser avant d'avoir pratiqué certaines explorations de l'arbre urinaire, exploration qui, répétons-le, sont formellement indiquées devant toute hématurie dont la cause n'est pas évidente. Nous reviendrons sur ce point tout à l'heure.

LA TUMEUR se voit moins fréquemment comme symptôme de début : 14 % (Judd et Hand), 15 % (Kolhmayer), 33 % (statistique personnelle). Il est à noter cependant que dans beaucoup de cas où l'hématurie seule amenait le malade à consulter, une tumeur est découverte à l'examen clinique (72 % pour Judd et Hand, 66 % pour Hunt et Haget).

Ce symptôme indiquerait à priori un pronostic plus défavorable que dans le cas précédent, particulièrement si la tumeur est volumineuse et surtout

fixée. Quelquefois cependant la survie dans ces cas de grosses tumeurs est singulièrement prolongée, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, et il est souvent très difficile de baser sûrement un pronostic sur ce symptôme.

Voici maintenant *quelques chiffres* à l'appui de nos dires :

JUDD et HAND, sur 65 malades où il n'y avait aucune masse palpable, et qui étaient venus consulter pour une hématurie, obtient 51 % de survies.

Sur 90 malades avec une tumeur palpable mais mobile, il n'obtient que 32 % de survie.

Sur 9 malades enfin où la tumeur était non seulement palpable, mais fixée, la survie n'est plus que de 10 %.

De même, sur ses 26 malades qui ont survécu 10 ans et plus, 11 sont venus consulter pour une hématurie, 2 seulement pour une tumeur.

Dans notre statistique personnelle, sur 18 malades, 13 sont venus consulter pour des hématuries, 5 pour une tumeur.

Pour les 13 premiers, nous avons eu 2 décès opératoires (15 %) et 9 survies dont 2 de 5 ans et 3 de 2 ans.

Pour les 5 autres, nous avons eu 2 décès opératoires (40 %) et seulement 1 survie de 3 ans.

En dehors des hématuries et de la tumeur il arrive assez souvent que les malades viennent consulter pour des DOULEURS; Judd et Hand ont noté leur présence parmi les premiers symptômes dans 82 % des

cas; Kolhmayer dans 85 % des cas. Mais il est rare que la douleur soit, dans ce cas, le seul symptôme observé: le diagnostic est alors fort difficile à poser, car rien ne semble indiquer particulièrement une exploration des voies urinaires. Le pronostic de ces formes de début douloureux du cancer du rein ne semble pas particulièrement mauvais puisque sur les 26 malades de Judd et Hand, qui ont survécu dix ans à l'intervention, 12 avaient consulté uniquement pour des douleurs.

Mais la plupart du temps les douleurs ne sont pas le seul symptôme observé: elles accompagnent soit l'hématurie (coliques néphrétiques dues au passage des caillots dans l'uretère) et ont alors le même pronostic que l'hématurie elle-même, soit la tumeur; elles sont alors significatives et peuvent être interprétées comme résultant de l'extension de la tumeur en dehors de la capsule du rein, et doivent justement être regardées comme un symptôme de cancer avancé de pronostic sombre.

En résumé c'est l'hématurie qui, dans les trois quarts des cas, amène le malade à son médecin. C'est là un symptôme qui, nous l'avons déjà dit, implique la nécessité absolue d'un examen complet de l'appareil urinaire:

— *Examen clinique* soigneux qui permettra parfois de soupçonner la tumeur, mais on ne peut vraiment proposer une intervention sur un simple soupçon;

— *Examen bactériologique des urines* si celles-ci

sont louches ou troubles, examen qui permettra parfois d'attribuer l'hématurie à une tuberculose rénale;

— *Cystoscopie* indispensable pour préciser l'origine rénale de l'hématurie et préciser le côté qui saigne;

— *Pyélographie* enfin, qui sera une pyélographie *instrumentale* et non une urographie intraveineuse, solution de facilité qui peut être moins désagréable pour le malade, mais donne des résultats beaucoup moins nets, surtout dans ces cas peu évolués.

Une fois la pyélographie pratiquée, deux cas peuvent se présenter:

— Ou bien *les résultats sont démonstratifs* et l'aspect fortement suspect, l'examen a révélé:

— une déformation des éléments constituant les cavités pyéliquies, avant tout allongement d'un calice;

— une disparition plus ou moins complète d'un de ces éléments: amputation ou effacement d'un calice;

— une image lacunaire centrale ou marginale;

— un changement d'orientation du bassinnet ou des calices, ou une déviation de l'uretère;

— un défaut de remplissage avec aspect marécageux ou flou des contours.

Dans ce cas l'intervention s'impose.

— Ou bien *le résultat est douteux*, on ne peut conclure; il sera alors nécessaire de refaire, à un intervalle de quelques semaines, *un second examen*: la tumeur est peut-être encore incluse dans le paren-

chyme rénal et n'a pas encore déformé les cavités du rein; quelques semaines d'évolution lui permettront de se démasquer nettement.

C'est là, croyons-nous, la meilleure façon d'agir. En effet, tant que le cancer du rein restera strictement justiciable de la chirurgie et tant que nous n'aurons pas contre le cancer de traitement médical spécifique, le meilleur moyen d'améliorer les résultats post-opératoires sera d'en faire le diagnostic et le traitement chirurgical *le plus près possible de son début. Il faut envoyer au chirurgien des tumeurs jeunes, encore localisées au parenchyme rénal et qui ne se seront encore révélées que par l'hématurie et une image pyélographique.* Evidemment on est obligé de se fier uniquement pour le diagnostic à l'aspect d'une image parfois douteuse, mais il est certain que tant que les médecins voudront voir réunis, pour poser un diagnostic, tous les signes cliniques (y compris même la tumeur!), les résultats éloignés resteront fort médiocres; d'ailleurs en suivant les malades pendant quelques semaines ou mois (l'évolution du cancer du rein est relativement lente), en pratiquant d'autres explorations pyélographiques, on peut arriver à une certitude quasi-complète. Il faut évidemment, pour cela, de bons clichés et une grande expérience dans l'interprétation des images, jointe à une non moins grande expérience clinique; seul un chirurgien spécialisé peut fournir les garanties voulues. De cette façon on arrivera à faire avec certitude des diagnostics vraiment précoces, et la fermeté du diag-

nostic permettra d'enlever le rein dans les meilleures conditions sans être obligé de faire préalablement une *néphrotomie exploratrice* dont on ne peut attendre qu'un résultat: l'ensemencement de la plaie opératoire. Nous avons observé personnellement un cas où tout semblait réuni pour assurer un résultat favorable: diagnostic précoce (quelques semaines après la première hématurie), une pyélographie qui ne révélait qu'une déformation extrêmement minime au niveau d'un calice, lésion tellement minime que le chirurgien crut nécessaire, pour assurer son diagnostic, d'ouvrir le rein avant l'exérèse: c'était bien un cancer, tout au début de son évolution; néphrectomie; récurrence six mois plus tard. En matière de cancer du rein, où la chirurgie doit s'efforcer (comme dans tout autre cancer d'ailleurs) de passer le plus possible à distance des lésions, *la néphrotomie exploratrice est un non-sens*. Quand la clinique, quand les examens radiologiques faits à certains intervalles sont positifs, il faut pratiquer la néphrectomie sans arrière-pensée. Dans un tout autre domaine, celui de la chirurgie du cancer gastrique, une récente communication du Professeur Gosset à l'Académie de Chirurgie vient appuyer nos idées sur ce point.

Influence du procédé opératoire sur le pronostic

On a longtemps discuté sur la meilleure voie d'abord du rein, il n'était d'ailleurs pas très aisé de

se faire une opinion exacte sur la valeur des différentes techniques: voie transpéritonéale, voie parapéritonéale, voie lombaire; toutes avaient leurs avantages et leurs inconvénients. Nous citons ci-dessous, à titre simplement documentaire, quelques statistiques, pour la plupart déjà anciennes, car il n'existe plus pratiquement, à l'heure actuelle, qu'une seule voie d'abord, c'est la voie lombaire.

— VOIE TRANSPÉRITONÉALE:

Trendelenburg:

2 décès opératoires sur 12, soit 20 %;

1 cas guéri après cinq ans.

Riedel:

1 décès opératoire sur 9, soit 11 %;

1 cas guéri après cinq ans.

Judd et Hand :

11 décès opératoires sur 63, soit 17 %;

18 survies, avec une survie moyenne de cent mois.

— VOIE LOMBAIRE:

Kronlein :

1 décès opératoire sur 10, soit 10 %;

1 survie supérieure à cinq ans.

Schede:

4 décès opératoires sur 17, soit 23,5 %;

3 survies de plus de quatre ans.

Czerny:

0 décès opératoire sur 8, soit 0 %;

1 survie de plus de cinq ans.

Judd et Hand :

18 décès opératoires sur 125, soit 14 %;

71 survies, avec une survie moyenne de soixante-dix-sept mois.

Ces statistiques étaient déjà plutôt en faveur de la voie lombaire, et la question semble résolue définitivement à l'heure actuelle: l'incision de Grégoire est complètement abandonnée comme donnant un shock trop considérable; quant à la voie transpéritonéale, nous ne l'avons vue mentionnée récemment que dans quelques travaux étrangers et dans d'infimes proportions. *La voie lombaire élargie* avec incision prolongée au besoin vers l'ombilic et résection de la 12^e côte semble avoir rallié la grande majorité des suffrages. C'est celle qu'a toujours employée notre Maître, M. Gouverneur, soit à l'hôpital, soit en ville: voici d'ailleurs en détail sa technique opératoire, telle qu'il l'a employée pour les malades dont nous avons publié les observations:

Longue incision lombaire descendant à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure et légèrement oblique; *la 12^e côte est réséquée de parti-pris au moment du temps pariétal*. Vouloir, comme certains, ne pratiquer la résection de la 12^e côte que si l'ablation de la tumeur la rend absolument nécessaire, nous paraît une mauvaise pratique. Après incision du fascia rétro-rénal les lèvres de ce fascia sont repérées et le doigt vient racler en avant la face profonde du fascia rétro-rénal pour laisser adhérente au rein toute

la masse adipeuse. Il faut éviter de se perdre dans la graisse péri-rénale où existent souvent de grosses veines. En arrière on doit enlever tous les plans celluloso-graisseux et mettre à nu les muscles. Des valves sont alors placées en avant pour découvrir le pédicule et c'est pour ce temps opératoire que la résection de la 12^e côte est utile en permettant d'exposer au mieux la région. En haut souvent *la capsule surrénale sera enlevée en même temps que la tumeur pour passer à distance*. Nous savons que les recherches de Berne-Lagarde et de Beaufond ont démontré que la capsule surrénale était le plus souvent intacte et que, dans les cas où elle était envahie, il existait, la plupart du temps, d'autres métastases. Certains chirurgiens en ont conclu que l'ablation de la surrénale était toujours inutile et souvent dangereuse. En fait, dans les cas où la surrénale a été enlevée, M. Gouverneur n'a jamais eu d'accidents de ce fait, et dans les cas où elle est adhérente, il vaut certainement mieux l'enlever en bloc et passer à distance que d'en arracher des lambeaux.

Finalement la tumeur enlevée sera composée *du rein qui sera revêtu partout de sa graisse* sans qu'on voit le parenchyme. De cette façon, en passant à distance et en dehors de la graisse on évite de se perdre dans les gros plexus veineux qui entourent la tumeur et saignent. Ceci est d'autant plus facile qu'il existe en général un certain degré de périnéphrite provoquant, dans une certaine mesure, l'adhérence de la graisse à la capsule du rein. Cette techni-

que a, de plus, l'avantage d'enlever des tissus graisseux où la tumeur a déjà pu essaimer.

Nous signalerons enfin, pour terminer, l'*incision transversale* préconisée par Bazy, qui a le grand avantage de permettre un accès plus rapide et plus large sur le pédicule rénal. Cette incision a été employée pour l'un de nos malades (Obs. I); malgré ses avantages, elle semble peu employée à l'heure actuelle.

Situation du cancer dans le rein

On sait que l'envahissement total du rein par le cancer est rare; en général la tumeur est située à un des pôles du rein, parfois à la partie moyenne. Quelle peut être l'influence de la situation du cancer sur les résultats éloignés? Quelques auteurs américains ont étudié particulièrement ce point, et voici les résultats qu'ils ont obtenus:

JUDD et HAND indiquent les moyennes de survie suivantes:

Cancer du pôle supérieur:

51 cas, 34 % de survie, 120 mois de survie moyenne

Cancer du pôle inférieur:

60 cas, 36 % de survie, 83 mois de survie moyenne

Cancer de la région moyenne:

39 cas, 45 % de survie, 76 mois de survie moyenne

HAND et BRODERS arrivent à des résultats analogues dans une autre statistique:

Cancer du pôle supérieur:

82 mois de survie moyenne

Cancer du pôle inférieur:

62 mois de survie moyenne

Cancer de la région moyenne:

67 mois de survie moyenne

Envahissement total:

57 mois de survie moyenne

D'où il semble résulter que le cancer du pôle supérieur donne des résultats un peu supérieurs aux autres, et ces auteurs expliquent ces résultats par le fait que les tumeurs du pôle supérieur peuvent gêner le drainage du rein et favorisent le développement d'un certain degré d'hydronéphrose et d'infection.

Taille de la tumeur - Adhérences

Envahissement de l'atmosphère péri-rénale Propagation à la veine rénale

Si les progrès de la clinique permettent aujourd'hui d'opérer un certain nombre de cancers du rein qui n'ont pas augmenté de façon appréciable le volume de l'organe, beaucoup ne sont encore observés que bien plus tard, lorsque le rein a été transformé en une tumeur volumineuse, parfois énorme, et souvent adhérente. Quels peuvent être, dans ces cas, les espoirs de survie? En cas de grosses tumeurs, étendues et adhérentes, les difficultés opératoires sont grandes, l'exposition de la tumeur est difficile, une ouverture accidentelle de la plèvre peut passer inaperçue, le diaphragme peut être déchiré, le péritoine

ouvert ou le sympathique vertébral lésé; cela explique la fréquence, dans les suites opératoires, de la pneumonie, de la péritonite, de l'iléus paralytique, tous facteurs de mortalité immédiate. En fait, Droschi, sur 24 néphrectomies n'ayant pas dépassé la capsule du rein, ne perd aucun malade du fait de l'opération, tandis que sur 17 néphrectomies pour tumeurs énormes ou adhérentes il en perd 11 des suites opératoires.

Il en est de même *dans notre statistique*: sur les 4 malades morts du fait de l'opération, 3 portaient des tumeurs adhérentes (Obs. I) ou très volumineuses (Obs. V et VIII).

Les résultats éloignés sont du même ordre. Sur nos 18 malades, 3 seulement étaient porteurs de tumeurs de petite taille: les 3 sont encore en vie, dont 1 depuis 2 ans (Obs. VI), 1 autre depuis 5 ans 1/2 (Obs. II). Sur les 15 autres malades il n'y a que 5 survies (1).

Les autres statistiques sont concordantes: sur les 17 malades de Droschi que nous avons cités plus haut, tous sont morts.

Hand et Broders ont calculé la moyenne de la survie suivant la taille de la tumeur; voici les résultats qu'ils ont obtenus:

Tumeur très grosse...	51 mois de survie moyenne
Tumeur moyenne	63 mois de survie moyenne
Petites tumeurs.....	98 mois de survie moyenne

(1) Nous signalons particulièrement l'Obs. XIV dont la tumeur adhérait au pancréas et qui est mort deux mois après l'intervention d'une fistule pancréatique.

Mêmes résultats en cas d'*envahissement de l'atmosphère péri-rénale*:

Cas avec envahissement : 39 mois de survie moyenne

Cas sans envahissement : 72 mois de survie moyenne

Une autre statistique importante de *Judd et Hand* donne, dans les mêmes cas, les chiffres suivants:

Tumeur très grosse... 161 cas, 129 morts, 80 %

Tumeur moyenne.... 82 cas, 50 morts, 61 %

Petite tumeur..... 36 cas, 10 morts, 28 %

Envahissement péri-rénal: 104 cas, 84 morts (81 %),
20 survivants avec une survie moyenne de 77 mois (1).

Pas d'envahissement péri-rénal: 179 cas, 108 morts
(60 %), 71 survivants, avec une survie moyenne de
81 mois.

Ces statistiques prouvent bien la gravité des volumineuses tumeurs, ayant rompu la capsule du rein et envahi les tissus environnants. Cependant il ne faudrait pas en tirer des conclusions trop absolues et abandonner tout espoir devant un malade porteur d'une grosse tumeur, même adhérente. En effet, il n'est pas douteux que, même dans ces cas, on ne puisse arriver à des résultats satisfaisants:

Dans trois de nos cas, où le néoplasme dépassait le volume des deux poings, les malades sont encore en vie, l'un depuis deux ans (Obs. XII), un autre depuis trois ans (Obs. IV), le dernier depuis quatre ans (Obs. XV). De même, *Fisher* publie une statistique où les malades restés guéris avaient, dit-il, le plus sou-

(1) Nul doute, ajoute l'auteur, que dans ces cas de longue survie, les adhérences notées à l'intervention fussent le résultat d'une réaction inflammatoire plutôt que d'une extension de la tumeur elle-même.

vent, de fort grosses tumeurs, et souvent adhérentes. Dans 130 cas de *Hunt et Haget* où la tumeur était assez volumineuse pour être palpable, les auteurs ont obtenu 1 survie de 8 ans, 7 survies de 5 ans, 34 survies de 3 ans. Mais voici une statistique encore plus démonstrative: *Judd et Hand*, sur leurs 283 néphrectomies, ont obtenu 26 survies supérieures à 10 ans; or, sur ces 26 malades, 13, soit 50 %, étaient porteurs de grosses tumeurs, 5 avaient une tumeur de moyen volume, et 7 seulement, soit 26 %, une petite tumeur. Dans 8 cas, soit 30 %, l'atmosphère péri-rénale était envahie et la capsule rompue.

Aussi la plupart des auteurs, tout en reconnaissant un meilleur pronostic aux tumeurs de petite taille, tant au point de vue des risques opératoires que des résultats éloignés, insistent sur l'impossibilité de baser un pronostic certain sur le volume ou la mobilité des tumeurs, et conseillent d'opérer la grande majorité des cancers du rein, sans trop tenir compte des résultats fournis par l'examen clinique; ce n'est qu'une lombotomie exploratrice qui pourra démontrer avec certitude que l'exérèse de la tumeur est par trop dangereuse pour la vie du malade.

Propagation à la veine rénale et à la veine cave

Autre facteur qui semble agir de façon très nette sur le pronostic des tumeurs du rein, c'est l'existence de bourgeons cancéreux envahissant la veine rénale

et poussant parfois des^e prolongements jusqu'à la veine cave.

Cet envahissement veineux est-il fréquent? Il semble que oui, d'après LJUNGGREN; celui-ci s'étant appliqué à ouvrir systématiquement la veine rénale jusqu'à son origine, l'a trouvé dans 75 % des cas (39 cas sur 52). FRITZ CLAR arrive également à un chiffre assez important, quoique moins élevé: 14 cas sur 42, soit 33 %.

Par contre, la plupart des auteurs donnent des chiffres moins élevés:

HUNT et HAGET..... 23 cas sur 177, soit 13 %

HAND et BRODERS.... 38 cas sur 193, soit 19 %

JUDD et HAND..... 51 cas sur 282, soit 18 %

Dans notre statistique, l'envahissement veineux ne fut noté que 2 fois sur 15 cas, soit une proportion de 13 %. Peut-être ces diverses statistiques seraient-elles plus concordantes si la propagation veineuse était recherchée systématiquement par ouverture de la veine, comme dans les cas de Ljunggren.

Quelle est l'influence de cette propagation veineuse sur le pronostic?

Voici quelques chiffres que nous avons recueillis:
LJUNGGREN (52 cas) :

39 envahissements veineux avec:

6 morts opératoires

24 morts dans les dix premières années, de métastases

9 cas encore en vie, dont 2 porteurs de métastases

13 cas sans envahissement veineux, avec:

Aucune mort opératoire

10 cas sans récidives

3 morts de récidives les 2^e, 4^e et 7^e années.

HUNT et HAGET :

Sur 154 cas sans thrombose veineuse, 57, soit 37 %, étaient encore en vie après 3 ans.

Sur 23 cas où la veine rénale était envahie, seulement 5, soit 22 %, étaient encore en vie après 3 ans.

HAND et BRODERS ont calculé la survie moyenne dans les deux cas :

Avec thrombose rénale..... 48 mois

Sans thrombose rénale..... 59 mois

JUDD et HAND donnent les chiffres suivants :

Extension à la veine rénale: 51 cas avec 42 morts (82 %); moyenne de la survie chez les survivants: 73 mois.

Pas d'extension à la veine rénale: 231 cas avec 151 morts (65 %); moyenne de la survie chez les survivants: 82 mois.

Ces quelques statistiques montrent clairement que l'envahissement des veines a une très grande influence sur l'apparition des récidives, mais que le pronostic est loin d'être fatal. L'envahissement de la veine cave elle-même, qui semble a priori très mauvaise puisque la ligature laisse très souvent une partie du thrombus du côté cave, n'est pas toujours suivi de métastases dans un bref délai. CLAR, sur 4 cas où la veine cave était envahie, a obtenu: 1 récidive rapide, 2 survies de 1 et 3 ans, 1 mort par métastase au bout de 7 ans. Ces cas sont donc sérieux, mais non désespérés.

Adénopathies et métastases

L'existence d'adénopathies perceptibles cliniquement constitue, pour tous les auteurs, une contre-indication opératoire absolue, mais la présence et le volume de ces adénopathies étant le plus souvent très difficiles à déterminer cliniquement, il est fréquent de ne les découvrir qu'à l'intervention. Dans ces cas, les résultats sont très souvent mauvais; mais la plupart des auteurs insistent sur l'impossibilité de prévoir à l'avance le résultat dans chaque cas particulier. En fait, en tentant le curage ganglionnaire toutes les fois où il semble possible sans trop grands risques, on obtient parfois des résultats inespérés, qui ne sont peut-être dus d'ailleurs, comme le montre parfois l'examen histologique, qu'à l'existence d'adénopathies inflammatoires et non néoplasiques.

Il en est de même pour l'existence des métastases: si celles-ci sont multiples, inutile d'insister. Mais, en cas de métastase unique, il faut tenter la néphrectomie: enlever d'abord le rein, ensuite la métastase si possible.

KOLHMAYER, chez un néphrectomisé, fait secondairement une amputation du bras droit pour métastase osseuse et obtient une survie de six ans.

LJUNGGREN rapporte deux cas de métastases pulmonaires découvertes immédiatement après la néphrectomie, mais qui se sont développées avec une telle lenteur (2 et 4 ans), que, selon lui, la présence

d'un petit noyau pulmonaire ne constitue pas une contre-indication à la néphrectomie.

FISHER insiste également sur la lenteur d'accroissement des métastases lorsque l'hypernéphrome initial a été enlevé.

Pronostic des tumeurs du rein suivant leurs caractères histologiques

Quelques auteurs se sont attachés à déterminer le degré de malignité des cancers du rein suivant leurs caractères histologiques. Il semble que jusqu'ici ces recherches demandent à être complétées et précisées. Cependant, si l'on s'en tient à une classification sommaire des cancers du rein en deux grands groupes: celui des adéno-carcinomes papillomateux, correspondant aux hypernéphromes (tumeurs les plus fréquentes), et celui des carcinomes alvéolaires qui tendent à reproduire les tubes du rein adulte, on met en évidence une différence très nette dans les résultats. Voici d'ailleurs quelques chiffres que nous avons relevés:

ROTH et SCHWÆRER:

17 hypernéphromes	5 survies
4 carcinomes	0 survie

SCHMITT:

70 hypernéphromes	34 survies
9 carcinomes	1 survie

SCHOLL et VERBRUGGE :

Hypernéphromes:

Mortalité opératoire	8,5 %
Survies	54 %

Carcinomes:

Mortalité opératoire	15 %
Survies	13 %

JUDD et HAND :

Hypernéphromes:

51 % de survies avec une moyenne de 85 mois

Carcinomes:

24 % de survies avec une moyenne de 37 mois

De plus, les 26 malades de cette statistique ayant vécu plus de 10 ans, avaient tous des hypernéphromes.

Il est donc possible d'affirmer très nettement la différence de malignité entre ces deux classes de cancers. Les recherches continuent et, peut-être, dans quelques années, l'examen histologique de la pièce sera-t-il notre meilleur auxiliaire pour l'appréciation du pronostic.

CONCLUSIONS

Au terme de cette étude sur les résultats de la néphrectomie dans le cancer du rein, nous estimons pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

I. — Les résultats immédiats se sont beaucoup améliorés dans ces dernières années et, à l'heure actuelle, *la mortalité opératoire* semble osciller autour de 10 %. Cette mortalité opératoire dépend non seulement de l'état général du malade et de l'état du rein opposé, mais encore et surtout de l'état des lésions rencontrées à l'intervention (volume de la tumeur, adhérences, connexions, qui rendent l'opération difficile et shockante) et, par conséquent, de la précocité du diagnostic.

II. — Si les *résultats éloignés* ont en général la réputation d'être mauvais, nous espérons, malgré tout, avoir montré qu'à l'heure actuelle il faut se garder d'un trop grand pessimisme et qu'une proportion importante des néphrectomies pour cancer peut être suivie sans récurrence bien des années après leur opération. Nous proposons un chiffre moyen de 35 %, de survies supérieures à 1 ans, tel qu'il ressort

de la moyenne que nous avons faite pour les statistiques parues entre 1930 et 1936.

Pour les survies plus prolongées, au-dessus de 10 ans, le chiffre de 8 à 10 % nous paraît vraisemblable.

III. — *Les récurrences* sont encore très fréquentes et surviennent dans 50 à 70 % des cas suivant les statistiques. Elles se font le plus souvent dans les poumons (40 % des cas), puis dans les os, les lymphatiques et le foie. Les autres localisations sont relativement rares. Dans la majorité des cas elles surviennent au cours des première et deuxième années. Cependant les récurrences très tardives sont relativement fréquentes et il est le plus souvent impossible d'affirmer à coup sûr la guérison d'un malade.

IV. — L'hématurie est, dans les $\frac{3}{4}$ des cas, le symptôme initial du cancer. Sa valeur est énorme et elle indique formellement l'exploration complète de l'appareil urinaire avec tous les moyens que la technique urologique moderne met à notre disposition : examen des urines, cystoscopie, pyélographie instrumentale, toutes explorations qui pourront, s'il subsiste un doute, être renouvelées à quelques semaines d'intervalle. Le diagnostic de néphrite hématurique ou d'hématurie essentielle (trop souvent, c'est un diagnostic de facilité posé à la légère), ne seront admis que si ces explorations répétées restent absolument négatives. Ce n'est que de cette façon qu'on pourra

faire dans un grand nombre de cas un diagnostic précoce et améliorer le pronostic du cancer du rein.

Ce sont en effet ces cas diagnostiqués par l'hématurie et l'image pyélographique, qui sont susceptibles de donner les meilleurs résultats opératoires. Le but est de pouvoir opérer des malades dans de telles conditions.

V. — La voie para-péritonéale de Grégoire est complètement abandonnée. La voie transpéritonéale n'est plus employée que dans un nombre infime de cas, et de moins en moins. La grande majorité des auteurs se sont ralliés à *la voie lombaire élargie* ; c'est celle qu'emploie notre Maître, M. Gouverneur, avec résection systématique et d'emblée de la douzième côte et ablation en bloc du rein avec toute sa capsule et de la glande surrénale, si besoin en est.

VI. — *Les conditions anatomiques* influent dans de grandes proportions sur les résultats du traitement. Le nombre des survies varie du simple au double, suivant que la tumeur est grosse ou petite, que l'atmosphère péri-rénale est ou non envahie. L'envahissement de la reine rénale a une influence analogue sur les résultats immédiats et éloignés.

L'existence d'adénopathies, qu'on ne découvre guère qu'à l'intervention comporte un très mauvais pronostic, si ces adénopathies sont vraiment néoplasiques.

VII. — Il est difficile à l'heure actuelle, de baser un pronostic sur l'examen histologique de la tumeur. Les recherches entreprises sur ce sujet n'ont donné jusqu'ici, qu'un résultat bien net : la moindre gravité des hypernéphromes par rapport aux autres tumeurs du rein, qui sont d'ailleurs beaucoup plus rares.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
MARION.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Pour LES TRAVAUX ANTÉRIEURS A 1920, on voudra bien se reporter aux travaux suivants :

LECÈNE et WOLFROMM. — Cancer du rein, de la surrenale et des voies urinaires supérieures. 1 vol. Bibliothèque du Cancer. 1922.

PECHILLIOT. — Contribution à l'étude des résultats de la néphrectomie dans le cancer du rein. Thèse Montpellier, 1920.

RENAUX. — La néphrectomie dans la carcinose rénale. Th. Paris 1922.

TRAVAUX POSTÉRIEURS A 1920 :

1. BERGENDAL. — Etude clinique et pronostique des tumeurs du rein. (*Acta chirurgica Scandinavica*. Vol. 77. Mars 1936.)
2. BULL. — Traitement et pronostic de l'hypernéphrome (*Acta chirurgica Scandinavica*. Vol. 71. Avril 1935.)
3. BRAASCH et GRIFFIN. — Le pronostic dans les cancers du rein. (*The Journal of American Medical Association*. Vol. 106, p. 1343. Avril 1936.)
4. CLAR. — Traitement chirurgical des tumeurs malignes du rein. *Zeits. für Urologie*. T. XXV. N° 5. 1931.

5. COUSTOU. — Deux résultats éloignés de néphrectomie pour cancer du rein. *Th. Montpellier* 1922.
6. DROSCHI. — Résultats du traitement des tumeurs hypernéphroïdes. (*Zeits. für urol. Chir. und Gyn.* T. 42, N° 3.)
7. FISHER. — A propos des tumeurs du rein et du bassin. (*Zeits. f. urol. Chir.*, vol. XXXVII, fasc. 1 et 2, avril 1933.)
8. GAUTHIER. — Néphrectomie lombaire élargie pour cancer volumineux. Radiothérapie profonde combinée. Survie de 10 ans. (*Sté Fr. d'Urol.* 6-7-31).
9. HAND et BRODERS. — Carcinomes du rein. Le degré de malignité au point de vue du pronostic. *Journ. of Urol.* XXVIII. N° 2. Avril 1932.
10. HUNT. — Importance de quelques facteurs dans le traitement chirurgical des tumeurs malignes du rein. (*The urologic and cutaneous review.* T. 36. Mai 1932.)
11. HUNT et HAGET. — Etude de 271 cas de cancer du rein. (*The Surgical Clinic of North America.* Février 1929. T. IX.)
12. JUDD et DONALD. — Sarcomes du rein chez l'adulte. Examen de 20 cas. (*Ann. of Surg.* Décembre 1932.)
13. JUDD et HAND. — Cancres du rein, facteur influant sur le pronostic. (*Arch. of int. med.* Vol. 44. 1929.)
14. KOHLMAYER. — Tumeurs malignes du rein. (*Wiener Klinische Wochenschrift.* An. 47. N° 42. Oct. 1934.)
15. LAZARUS. — Néoplasmes du rein. (*Ann. of Surg.* Vol. XCVIII. N° 1. Juillet 1933.)

16. LJUNGGREN. — Etude clinique et pronostique des tumeurs rénales de Grawitz et contribution à la question de la pathogénie de l'hématurie dans ces tumeurs. (1 vol. Stockholm, 1930.)
17. MACQUET. — L'avenir des néphrectomisés pour tumeurs malignes. (*Echo médical du Nord*, 28 juin 1936.)
18. MOTZ. — La pyélographie et la pyéloscopie dans le diagnostic des tumeurs du rein et du bassin. (*Archives Urol. de la clinique de Necker*. T. VI. Juin 1927.)
19. PAPIN. — Traitement du cancer du rein et du bassin. (*Toulouse Médical*. 8 nov. 1931 et 13 nov. 1931.)
20. PAPIN. — Chirurgie du rein. (2 vol. Paris, 1928.)
21. ROCHET et THÉVENOT. — Les limites raisonnables de l'opérabilité du cancer rénal. (*Lyon Chirurgial*, XXII. 1928.)
22. ROTH et SCHWÆRER. — Considérations sur les tumeurs du rein. (*Bruns. Beiträge zur Klinischen Chirurgie*. T. CXXXIII. N° 2. 1927.)
23. SAITTA. — Contribution histologique et clinique à l'étude de quelques tumeurs rénales. (*Annali di Medicina navale et coloniale*. An. 41. Vol. 2. Juillet-août 1935.)
24. SCHMITT. — Le pronostic des tumeurs malignes du rein. (*Zeits. für urol. chir.* T. XXII. Juillet 1927.)
25. SCHOLL et VERBRUGGE. — Rapports entre les caractères histologiques et la mortalité post-opératoire des tumeurs de la prostate, de la vessie et du rein. (*Journal d'Urologie*. T. XXII. Nov. 1926.)

26. SMITH et SHUMAKER. — Evolution terminale de l'hypernéphrome. (*Journal of. Urol.* T. XIV. Oct. 1925.)
27. THIERRY. — Symptômes et traitement des hypernéphromes. (*Munchener medizinische Wochenschrift.* T. LXVIII. N° 21. 1921.)
28. WALTERS et BRAASCH. — Néphrectomies et néphro-utérectomies pour tumeurs malignes du rein. (*The Am. Journ. of. Surgery.* T. 28. N° 1. Avril 1935.)
29. WODSACK. — Contribution à la clinique de l'hypernéphromes. (*Bruns. zur Klinischen Chirurgie.* T. CXXXIX. N° 1. 1927.)

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Statistiques.....	11
CHAPITRE II. — Observations.....	19
CHAPITRE III. — Résultats immédiats. Mortalité le pronostic	53
CHAPITRE IV. — Les résultats éloignés.....	39
CHAPITRE V. — Les récidives.....	45
CHAPITRE VI. — De quelques facteurs influant sur pronostic	53
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	77



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



